UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 109

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU CANCER DU PÉNIS

SON TRAITEMENT, SES RÉSULTATS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1911

PAR

Emile LAUX

Né à Murviel-lez-Béziers, le 2 novembre 1885

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président.* / GILIS, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / LAPEYRE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1911

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU PÉNIS

SON TRAITEMENT, SES RÉSULTATS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 109

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU PÉNIS

SON TRAITEMENT, SES RÉSULTATS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 26 Juillet 1911

ACAD. LANGUEDOC. BIBL.

PAR

Emile LAUX

Né à Murviel-lez-Béziers, le 2 novembre 1885

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { TÉDENAT, professeur, *Président.* / GILIS, Professeur / SOUBEYRAN, Agrégé / LAPEYRE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1911

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	VIRES, agr. libre, ch. de c.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. SOUBEYRAN, *agrégé.*
GILIS, *professeur.*	LAPEYRE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR LOUIS LAUX

A MA MÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

E. LAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TÉDENAT

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILIS

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SOUBEYRAN

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPEYRE

E. LAUX.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DU PÉNIS

SON TRAITEMENT, SES RÉSULTATS

INTRODUCTION

Il faut croire, nous disait un jour M. le professeur Tédenat, dans une de ses leçons cliniques, que le cancer n'est pas contagieux, car, à côté du nombre considérable de cancers utérins que vous nous voyez opérer, vous ne rencontrez presque jamais de cancers de la verge. Pour une centaine environ d'épithélioma du col de l'utérus, on trouve à peine un épithélioma du pénis. Remarquable par conséquent par sa rareté relative, le cancer de la verge l'est encore par ses allures cliniques, par la chirurgie qui est spéciale à ces organes situés en avant du corps, enfin par les conséquences de cette action chirurgicale ; aussi, sur les conseils de M. le professeur Soubeyran, en avons-nous entrepris l'étude. Laissant de côté un historique qui a déjà été

fait d'une manière très complète dans les thèses de Lasserre, Virely, Dubourd et Villa, nous nous occuperons tout d'abord des causes, de la nature intime, des moyens de progression ainsi que du diagnostic et du pronostic de cette affection. Nous aborderons ensuite le traitement chirurgical. Nous n'avons point eu la prétention de décrire ici toutes les opérations qui ont été faites en pareille circonstance, c'est ainsi que nous avons laissé de côté l'opération du professeur espagnol Rubio, ainsi que celles de Wedemeyer-Thiersch ; nous avons simplement voulu donner une idée assez exacte de ce qui pouvait être fait dans les divers cas qui se présentaient au chirurgien. Enfin, dans un dernier chapitre, nous nous sommes préoccupé des diverses conséquences qui pouvaient résulter pour l'opéré, tant au point de vue des suites opératoires qu'au triple point de vue urinaire, génital et mental.

Mais, avant d'entrer dans le corps de notre sujet, il nous reste un devoir à remplir, celui de remercier les Maîtres de cette Ecole que nous quittons à regret.

Nous prions M. le professeur Tédenat d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude. Nous n'oublierons jamais la bienveillante amitié qu'il nous a toujours témoignée; et le souvenir de ses leçons cliniques, où ce Maître, qui a tant vu et observé, essayait de faire passer chez ses élèves son expérience et son sens clinique, ne nous quittera certainement plus durant le cours de notre carrière médicale. Nous le remercions vivement, en outre, de nous avoir fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Dès notre arrivée à Montpellier, M. le professeur Gilis eut pour nous une sollicitude toute paternelle ;

nous tenons à le remercier vivement pour les services qu'il nous a rendus, pour les soins médicaux que nous avons reçus de lui, pour l'intérêt constant qu'il a porté à nos études et les conseils qu'il n'a cessé de nous donner.

Que M. le professeur Soubeyran nous permette de lui exprimer notre vive reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a témoignée à diverses reprises, durant le cours de nos études, et pour nous avoir inspiré le sujet de notre thèse.

M. le professeur Euzière nous a fait l'honneur de s'intéresser à nos études, nous n'oublierons pas qu'il fut pour nous le Maître en même temps que l'ami.

Que MM. les professeurs Carrieu, Baumel, Estor, Vires, MM. les professeurs agrégés Lapeyre, Gaussel et Massabuau, reçoivent l'expression de notre reconnaissance pour la bienveillance qu'ils nous ont accordée et les enseignements que nous avons reçus d'eux.

MM. les docteurs Maillet et Jourdan nous ont témoigné une sympathie toute spéciale. Qu'ils reçoivent ici tous nos remerciements.

Nous tenons enfin à assurer de notre infinie gratitude celui qui, s'imposant des sacrifices constants pour nous permettre d'obtenir notre diplôme, fut aussi un des premiers qui nous apprit à nous pencher sur un malade pour écouter et observer les diverses manifestations morbides. Heureux si, dans notre carrière médicale, nous pouvons mériter, à un même titre, la reconnaissance de nos malades et l'estime de nos confrères !

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Il règne sur la cause des néoplasies malignes de la verge, la même obscurité que l'on retrouve partout où il s'agit de cancer. Mais, quoique le laboratoire soit muet sur ce point, la clinique ne nous donne pas moins des indications précieuses.

Tout d'abord l'âge du sujet est un facteur important. Le cancer de la verge apparaît comme une affection de l'âge mûr et de la vieillesse, fait remarquable dont nous devons tenir compte dans le diagnostic. La statistique de Demarquay, que les statistiques ultérieures ne font que corroborer, nous donne :

de 20 à 30 ans	9 cas
— 30 à 40 —	14 —
— 40 à 50 —	18 —
— 50 à 60 —	23 —
— 60 à 70 —	23 —
— 70 à 80 —	10 —

Le maximum de fréquence se trouve donc entre 45 et 65 ans. Pourtant l'âge moyen des malades dont nous donnons l'observation serait 43, et il est à remarquer que les malades les plus jeunes sont aussi les plus récents. Ainsi les deux derniers opérés de M. le professeur Tédenat ont 38 et 29 ans. Dans les quatre observations dues à l'obligeance de M. le professeur Soubeyran, nous trouvons 50, 35, 43 et 40, et ces cas sont de date récente. L'âge du cancer s'abaisserait-il?

La contagion n'a presque jamais été invoquée. Demarquay cite un cas d'épithélioma du gland survenu chez un homme dont la femme avait un cancer du col.

L'hérédité ne semble pas jouer un rôle plus considérable, cependant la mère d'un malade de Mauclaire était morte d'un cancer du sein, et il y avait un autre cancéreux dans la famille. Le père d'un malade de M. Tédenat était mort d'un cancer de l'estomac et la mère d'un autre opéré (Obs. V) avait succombé à un cancer du sein.

Mais il est une cause indiscutée de cancer de la verge, c'est le phimosis. Roux affirmait avoir toujours vu le phimosis congénital ou accidentel précéder le cancer de la verge. Ricord le trouve 42 fois sur 59. Hey a établi que, sur douze cancers de la verge, 9 avaient été précédés de phimosis. Le médecin anglais Barney donne la

proportion de 85 sur 100, et fait remarquer que dans ces 100 malades il n'y avait pas de juifs ; Mauclaire (*Archiv. gén. de chirurgie*) cite un cas typique: « Le malade n'avait jamais pu découvrir son gland, car l'orifice préputial n'était guère plus large que celui du méat urétral. Les soins de propreté lui étaient inconnus et il s'était formé de bonne heure, entre le prépuce et le gland, des adhérences nombreuses qui avaient fait échouer une circoncision tentée par les médecins militaires. A 44 ans, il se développe au niveau du sillon balano-préputial une tuméfaction dont on reconnaît bientôt la nature cancéreuse.

Après le phimosis, cause prédisposante de premier ordre, on a cité la syphilis agissant comme cause locale par les diverses lésions qu'elle détermine sur la muqueuse.

Les végétations papillomateuses, surtout cautérisées avec insistance, les plaques d'herpès ont donné lieu à des cancers péniens. Les traumatismes répétés ont la même action. Tous les auteurs citent le cas de l'opéré de Dupuytren, à qui sa maîtresse jalouse avait perforé le prépuce, et placé un cadenas d'or dont elle avait la clef. Ce malheureux porta le cadenas pendant quatre ans. Un épithélioma en fut la conséquence.

En somme, l'âge, la contagion, l'hérédité mise à part on peut dire que, d'une façon générale, l'épithélioma de la verge est dû, dans la plupart des cas, à des phénomènes d'irritation constante, que cette irritation soit produite par l'urine et la matière sébacée dans le phimosis, par des cautérisations multipliées, ou des ulcérations plus ou moins tenaces.

Anatomie microscopique. — La plupart des auteurs,

surtout les plus récents, qui ont traité du cancer de la verge ont eu uniquement en vue l'épithélioma de cet organe, car c'est à l'épithélioma qu'on a affaire dans la pratique.

Il existe pourtant dans la littérature traitant du cancer du pénis plusieurs cas de sarcome. Podrazki et Lang ont observé chacun un cas (V. Duplay et Reclus). Certains auteurs allemands (Kaufmann, Fischer, Payr, Pupona, et Key) ont publié plusieurs cas, surtout de sarcome mélanique. Ce sont les corps caverneux qui sont pris le plus souvent dans le sarcome de la verge et la généralisation est rapide.

Le carcinome est plus fréquent. Demarquay trouve un carcinome pour quatre épithéliomas. Parmi les vingt-deux observations de carcinome que publie ce chirurgien la forme histologique a été indiquée six fois. Il y a trois squirrhes et trois encéphaloïdes. Lebert dit que le plus ordinairement la forme est intermédiaire. La *Revue clinique d'andrologie et de gynécologie* cite un cas de squirrhe pénien. Bouisson en avait observé un autre cas.

Dans les vingt-cinq observations appartenant aux diverses cliniques de Lyon, et colligées par Culty, nous trouvons cinq carcinomes, ce qui confirme la statistique de Demarquay.

Il faut donc admettre que, dans la grande majorité des cas, le cancer de la verge est un épithélioma. C'est parfois un épithélioma tubulé, mais le plus souvent un épithélioma lobulé à globes épidermiques : un cancroïde au point de vue clinique. C'est ce qui explique ces formes lentes, signalées par tous les auteurs et qui, semblables aux épithéliomas cornés de la joue, mettent de longues années à évoluer, donnant ainsi au chirurgien le temps d'intervenir.

Anatomie macroscopique et symptomatologie. — Le cancer débutant au milieu du corps de la verge est rare. Dans presque tous les cas le début s'observe soit sur le gland, soit sur le prépuce, plus souvent même dans le sillon balano-préputial, se développant alors vers l'un ou l'autre de ces deux organes, ou vers les deux à la fois, après avoir bourré de cellules épithéliales l'espace conjonctif situé entre le gland et les corps caverneux.

S'il s'agit d'un carcinome on voit, dit Demarquay, la peau présenter une inflammation érythémateuse. Puis des vésicules se forment, confluent, s'ouvrent, donnant lieu à une ulcération superficielle à bords découpés et renversés. Le gland offre, dans sa partie profonde, une masse molle d'un blanc jaunâtre ayant l'aspect d'un tubercule ramolli. Les corps caverneux envahis ont leurs aréoles bourrées d'un tissu dense blanchâtre ou d'une pulpe grisâtre, si la forme encéphaloïde domine. Dans le carcinome de la verge d'ailleurs, comme dans l'épithélioma, l'urètre se laisse comprimer, mais il reste sain.

L'épithélioma débute par un bouton indolore passant souvent inaperçu car il évolue en général sous un phimosis. Voilà pourquoi d'ailleurs les malades viennent trouver leur médecin lorsque leur néoplasme est déjà relativement avancé. Bientôt le prépuce est infiltré dans sa totalité ; s'il n'y a pas eu de phimosis congénital, on peut encore le rabattre en bloc comme un volet, mais bientôt le gland ne peut plus être découvert et on a un véritable phimosis cancéreux. Que ce phimosis soit congénital ou consécutif au cancer, il se développe alors une balanite intense, avec un écoulement ichoreux fétide qui doit mettre sur la voie du diagnostic. L'extrémité antérieure de la verge est enflammée, tuméfiée, le pénis est en

battant de cloche. On peut sentir à travers le prépuce des bosselures provenant de végétations, qui peuvent se faire jour à travers la peau ulcérée.

Si le malade n'avait pas de phimosis et que le cancer ait tardé à infiltrer le prépuce, nous voyons le bouton se développer, s'étendre en surface, se subdiviser et devenir verruqueux; puis, la dégénérescence épithéliale intervenant, ces verrues s'ulcèrent et ces ulcérations se recouvrent d'un enduit sanieux. Suivant que le processus ulcératif prédominera en nous, nous aurons affaire soit à une forme ulcéreuse, soit à une forme végétante, les deux pouvant coexister d'ailleurs sur un même individu. Les végétations s'ulcérant et se reproduisant sans cesse détruisent de proche en proche les tissus adjacents, si bien que nous ne trouvons bientôt plus à la place des organes génitaux qu'un chou-fleur énorme et repoussant.

L'observation d'un malade de M. Tédenat, observation que nous empruntons à la thèse de Villa, est à ce point de vue typique : « L'épithélioma datait de quatre ans, les bourgeons cancéreux commencèrent par perforer le prépuce, puis détruisirent le fourreau de la verge jusqu'à la partie inférieure du mont de Vénus. Les ganglions des deux aines sont tuméfiés depuis plusieurs mois. On voit au moment de l'opération une masse de végétations dures, fissurées, fragiles, d'où s'écoule un liquide sanieux d'odeur infecte. Quand le malade urine au prix de grands efforts, l'urine sort en plusieurs jets de fissures multiples. La masse informe de ces végétations a les dimensions du poing, qu'on aurait placé et étalé sur la verge et sur les bourses. » Le malade subit l'émasculation totale et guérit.

Quels sont les moyens de propagation de ces cancers?

Outre la propagation de proche en proche, dont nous venons de parler, la voie lymphatique est ici comme pour tous les épithéliomas la voie ordinaire de progression. L'anatomie des organes lymphatiques de la région est donc très importante. Or, tandis que tous les auteurs classiques, depuis Sappey, admettaient que les lymphatiques du gland se rendaient aux ganglions superficiels, on a reconnu depuis que seuls les lymphatiques du prépuce étaient tributaires de ces ganglions.

D'après Cunéo et Marcille, les lymphatiques du gland cheminent parallèlement à la veine dorsale du pénis, et arrivent au-devant du ligament suspenseur de la verge, où se trouvent un plexus et des nodules ganglionnaires. De ce point-là partent deux groupes de vaisseaux collecteurs : 1° Les troncs cruraux vont se jeter dans une série de ganglions superposés dans le sens vertical, et longeant le bord interne de la veine fémorale d'abord, puis de la veine iliaque interne; 2° Les troncs inguinaux qui cheminent sur la paroi postérieure du canal ayant au-devant d'eux les éléments du cordon. Ils vont aboutir à un ganglion placé sur l'artère iliaque externe. Il est à remarquer d'ailleurs que les lymphatiques du gland et du prépuce ont entre eux de multiples anastomoses.

Les corps caverneux servent également de voie de propagation. Ils sont, dit Demarquay, transformés en une substance blanche, dure mais friable. Après amputation, alors même qu'on ne sentait pas d'induration en certains points situés hors de la tumeur, il n'est pas rare d'apercevoir en ces mêmes points des corps caverneux une quantité de petits grains blanchâtres, moins gros qu'un grain de mil, qui ne sont autre chose que des amas de cellules épithéliales de même nature que celles qui constituent la tumeur.

Ces cellules cancéreuses dépassent-elles les corps caverneux, se trouvant dans un organe excessivement vasculaire, vont-elles faire des métastases à distance ? Il est certain que ce mode de terminaison n'est pas celui qui est le plus fréquemment observé, et que la récidive sur place ou dans les ganglions a été notée bien plus fréquemment. D'autre part, les autopsies pour cancer de la verge sont rares. Des quelques observations qui ont été citées, il résulte que ce sont précisément les organes vasculaires qui sont le siège de tumeurs secondaires. La généralisation se fait dans le foie et le poumon.

Ainsi Ricord (*Bulletin des Soc. anat.*, 1866, p. 320) signale une invasion totale des deux poumons. Demarquay (*Bullet. Soc. anat.*, 1899) donne un cas semblable. Lebert (thèse Métreau) cite deux cas avec noyaux dans les poumons et dans le foie. Des complications veineuses ont été signalées.

Culty cite un cas de phlegmatia alba dolens de la jambe gauche après amputation de la verge au ras du pubis. L'œdème des membres inférieurs a été observé plus souvent, mais il semble bien qu'on doive l'attribuer à l'encombrement des voies lymphatiques.

Si le cancer de la verge a débuté par la peau, l'envahissement se fait surtout en surface. Cullerier (Soc. anat., 1859) rapporte un cas où le néoplasme avait envahi toute la peau des organes génitaux externes, empiétant sur la face interne des cuisses. Pourtant l'autopsie montra que les lésions n'avaient même pas atteint le tissu cellulaire sous-cutané. Cependant Monod et Brun (*Journ. hebdom. des scienc. médic.*, 1828) signale l'envahissement des corps caverneux au cours de l'évolution d'un cancroïde du fourreau de la verge.

Au point de vue fonctionnel nous notons comme signes cliniques : la douleur lancinante lorsque la tumeur a déjà acquis un certain volume, douleur qui fait totalement défaut au début. Des hémorragies spontanées, survenant au moindre contact, et une suppuration ichoreuse plus ou moins abondante et surtout extrêmement fétide.

La rétention d'urine est fréquente, non point que l'urètre soit envahi, mais parce qu'il est comprimé par les masses voisines. Des fistules s'ouvrent alors en arrière de l'obstacle.

Il est à ce propos une localisation cancéreuse qui possède des caractères un peu différents : nous voulons parler de l'épithélioma qui prend naissance dans la fosse naviculaire ou aux environs du méat. En 1845, Bouisson amputa le gland à un individu qui avait eu auparavant des blennorragies successives et plusieurs atteintes d'herpès. Plus récemment le malade avait été tourmenté par un écoulement urétral paraissant limité à la fosse naviculaire. Cet écoulement fut soigné par des cautérisations multipliées au nitrate d'argent. Un cancer s'était développé là. Bouisson amputa le gland qui était déjà infiltré, mais on fut obligé d'enlever une partie de l'urètre qui était déjà envahi. Un malade de M. Soubeyran dont nous donnons l'observation paraît se trouver dans le même cas. Il arriva pour rétention d'urine provenant selon toute vraisemblance d'un rétrécissement post-blennorragique. On eut recours à ce moment-là à plusieurs urétrotomies externes. Un bourgeon faisant issue à travers le méat vint fixer le diagnostic, et indiquer l'origine probable du mal. L'examen de la pièce montra que le gland était pris jusqu'à 2 mm. de la muqueuse et que l'urètre pénien était aussi infiltré. Ce cancer de la fosse naviculaire évolue donc à la fois vers le gland et

vers l'urètre, possédant ainsi une symptomatologie spéciale, qui le fait placer comme affection intermédiaire au cancer de ces deux organes.

Diagnostic. — Il est ici d'une importance extrême, car il serait désastreux d'enlever la verge à un individu atteint seulement de végétations ou d'ulcérations syphilitiques. Ozenne cite le cas d'un médecin étranger auquel plusieurs confrères avaient conseillé l'amputation. Verneuil, reconnaissant la nature du mal, lui prescrivit des spécifiques et lui conserva ses organes.

D'autre part, l'avenir du malade nous impose un diagnostic rapide.

D'une façon générale, le diagnostic doit se fonder sur l'évolution de la maladie, l'âge du malade, les hémorragies spontanées ou survenant au moindre contact, les suppurations abondantes et fétides, les douleurs lancinantes, alors que les premières atteintes étaient indolores. Dans la plupart des cas, le diagnostic se présentera d'emblée à l'esprit du médecin; mais il est certaines affections qui peuvent le laisser en suspens.

On a cité d'abord les indurations des corps caverneux. Mais celles-ci surviennent sous l'influence bien déterminée de l'arthritisme, et le sujet aura déjà présenté des symptômes de goutte ou de diabète. La peau est toujours lisse et libre; ces indurations s'accroissent peu ou pas, et il n'y a jamais de retentissement glanglionnaire.

Les gommes tuberculeuses sont très rares à la verge et elles n'apparaissent pas sans d'autres manifestations. D'ailleurs, l'aspect du pus tuberculeux, l'absence de fétidité, l'évolution et l'examen bactériologique nous fixeront.

Mais il est deux sortes d'affections, fréquentes toutes deux, qui peuvent nous induire en erreur. Ce sont les végétations et les ulcérations syphilitiques.

Reconnaître des végétations ordinaires, simples crêtes de coq, est chose facile. Mais, lorsque nous avons affaire à des proliférations volumineuses, lorsque le gland est enfoui au milieu d'une énorme chou-fleur, cela devient plus malaisé. Paul d'Egine, dit Demarquay, avait bien distingué ces deux sortes de végétations, se contentant d'enlever les unes, végétations de bonne nature, et cautérisant la racine des autres avec le feu, après les avoir enlevées. Ces végétations s'ulcèrent quelquefois, par suite de la dégénérescence épithéliale ; des ganglions peuvent alors s'enflammer et l'analogie avec le cancer est complète.

L'essentiel dans ce cas est de rechercher l'état du gland. Cet organe est souple dans le cas de végétation, il est au contraire infiltré, induré dans les cas de cancer. La végétation ne nous présentera pas de larges surfaces suppurantes, nous apercevrons plus tôt des fissures; c'est le contraire dans le cancer, qui possède en plus une suppuration fétide. D'ailleurs, quoique certains épithéliomas du gland soient remarquables par la lenteur de leur évolution, les végétations se développent plus lentement ou restent longtemps stationnaires. Enfin, arrivées au degré dont nous venons de parler, elles imposent l'excision, et rien ne sera plus facile alors que de les faire examiner au microscope. La dégénérescence épithéliomateuse de la végétation n'est pas chose rare.

Pour la syphilis, le chancre se reconnaîtra aisément à ses bords en cratère, nets, réguliers, son absence de suppuration véritable. Il se sera vite constitué, et l'adénopathie, si adénopathie il y a, aura été rapide. D'ail-

leurs la marche de l'affection et la guérison sous l'influence du traitement ne laissent pas de doute.

Les gommes syphilitiques sont une cause de difficultés, car elles peuvent avoir des tendances envahissantes rappelant le cancer. Mais elles sont multiples, leur fond jaunâtre et bourbillonneux est bien différent de la suppuration ichoreuse et fétide, enfin elles ne saignent pas. L'influence du traitement nous fixera d'ailleurs tout de suite. Legueu affirme « qu'une ulcération avec bords en cratère, ne saignant pas, sans sécrétion fétide, est une ulcération syphilitique ».

Pronostic. — L'homme porteur d'un cancer de la verge est conduit sûrement à la mort, car cette affection ne rétrocède jamais. L'opération change heureusement ce résultat dans une large mesure. Nous discuterons tout à l'heure l'influence de l'action chirurgicale, mais il est certaines conditions histologiques qui influent singulièrement sur le pronostic. Tout d'abord, les cas de sarcome et de carcinome comportent une rapide évolution et une tendance à la généralisation que nous ne retrouvons pas dans l'épithélioma. La multiplication de leurs cellules est plus active, et, tandis que l'épithélioma progresse avec une lenteur relative, infiltrant lentement les tissus voisins et marquant des étapes ganglionnaires où le chirurgien pourra le poursuivre avec chances de succès, le carcinome, au contraire, lance ses cellules dans le torrent circulatoire, va faire des embolies dans les organes vasculaires et se met ainsi hors de portée.

Mais même dans le cas d'épithélioma, et c'est sous cette forme que se présente ordinairement le cancer de la verge, il y a des différences notoires qui paraissent inexplicables. Tels cancers ont duré dix ans, d'autres

ont évolué en six mois. Aussi les auteurs émettent des opinions différentes lorsqu'il s'agit d'assurer une durée moyenne à cette affection ; d'une façon générale pourtant ils placent cette moyenne entre deux ans et demi et quatre ans lorsque le cancer est abandonné à lui-même. Mais, encore une fois, ainsi que le dit Demarquay, le cancer de la verge doit être considéré surtout comme une affection locale, tuant, il est vrai, le malade par cachexie cancéreuse, mais restant confinée aux parties génitales et aux ganglions tributaires de la région ; aussi le chirurgien peut-il intervenir efficacement.

CHAPITRE II

MÉTHODES DE TRAITEMENT

Il n'est jusqu'ici qu'un seul traitement du cancer, c'est l'ablation aussi large que possible. Nous laisserons de côté les vieilles méthodes d'amputation par la ligature, l'écraseur linéaire, les caustiques. Ces procédés, fort douloureux du reste, n'ont plus qu'un intérêt historique. L'amputation par le thermocautère ou l'anse galvanique sera rejetée également. Ces diverses méthodes furent employées dans le but d'éviter l'hémorragie qui, dès qu'il s'agissait d'opérer sur ces organes, terrorisait les chirurgiens, se basant plus tôt sur des considérations anatomiques et physiologiques, que sur l'observation réelle. Mais, outre le danger d'infection inhérent à la plupart d'entre elles, elles avaient le grave inconvénient d'exposer le patient à des hémorragies secondaires, lors de l'élimination de l'escarre, hémorragies bien plus malaisées à arrêter

et d'autant plus redoutables que le malade peut alors rester quelque temps sans le secours du chirurgien. Il faut donc toutes les fois recourir au bistouri, qui d'ailleurs, depuis Ambroise Paré et Fabrice d'Acquapendente, n'avait jamais été abandonné complètement, et auquel la clinique de Montpellier était toujours restée fidèle.

L'étendue du mal impose au chirurgien une question plus ou moins mutilatrice dépassant largement les limites de l'affection. C'est ainsi qu'on peut être amené à pratiquer, soit une simple circoncision, soit l'ablation du gland, soit une amputation partielle de la verge, une amputation au ras du pubis, une extirpation complète de l'organe, enfin une émasculation totale, ces diverses interventions étant accompagnées ou non de l'évidement des aines.

§ 1. — Circoncision

M. le professeur Soubeyran nous a communiqué l'observation d'un malade atteint d'épithélioma du prépuce. La tumeur était parfaitement limitée, le gland intact, la peau du pénis normale, les corps caverneux ne présentaient aucune espèce d'induration. Culty, dans sa thèse de doctorat (Lyon, 1908), cite un cas analogue. Ces deux malades subirent la circoncision, guérirent opératoirement avec rapidité ; malheureusement on n'a pu par la suite savoir ce qu'ils étaient devenus.

§ 2. — Amputation du gland

Cette opération fut pratiquée par Bouisson à l'hôpital Saint-Eloi, de Montpellier, en mai 1845, pour un cancer du gland.

Voici le procédé que l'on peut toujours employer, asepsie en plus. Le prépuce est ramené en arrière par un aide dont les doigts font l'hémostase préventive à la racine de la verge. Le gland étant saisi à son extrémité par une pince de Museux est excisé avec de forts ciseaux courbes dont la concavité est tournée en avant. Hémorragie en nappe très modérée qui s'arrête au contact de l'eau froide. Sonde en gomme dans l'urètre. Pansement. L'érection et la miction se font sans difficulté.

§ 3. — Amputation partielle de la verge

Elle portera sur un point quelconque du corps de l'organe en avant du pubis. Les chirurgiens ont éprouvé ici quelques petites difficultés. Tout d'abord on peut laisser trop de peau pour recouvrir le moignon et la miction est plus tard gênée par le bourrelet cutané qui en résulte. D'autre part, si on attire la peau vers l'extrémité antérieure de la verge, nous sommes exposés, étant donné la laxité très grande du revêtement cutané à cet endroit, d'enlever trop de peau, et d'avoir des corps caverneux saillants au-devant de la section cutanée. Pour éviter cet inconvénient, un aide attirera légèrement la peau du côté du pubis et la fixera avec ses doigts qui

feront en même temps l'hémostase, tandis que le chirurgien attirera l'organe du côté opposé.

L'hémostase est relativement facile. Les corps caverneux vides de sang se déprimment. Les hémorragies qui ont été constatées provenaient des artères et non des corps caverneux. On liera les dorsales de la verge, dont la place est facile à trouver, les caverneuses qui proéminent sur la tranche de section des corps caverneux, l'artère de la cloison, et les terminaisons des artères bulbeuses. De l'avis de ceux qui ont pratiqué cette opération, l'hémorragie est peu importante et l'on conçoit difficilement qu'elle ait terrorisé si longtemps l'esprit des chirurgiens au point de faire abandonner le bistouri à la plupart d'entre eux.

Des procédés employés pour amputer la verge, deux surtout ont attiré notre attention :

1° Le *procédé de Demarquay*, appliqué entre autres par M. le professeur Tédenat en 1884 à l'hôpital Saint-Eloi. L'opération est relatée dans la thèse de Villa (Montpellier 1901).

La section fut pratiquée à 5 centimètres du pubis. Une sonde en plomb est introduite dans l'urètre et maintenue par un aide, qui tient en même temps l'extrémité antérieure de la verge. Saisissant la verge en arrière du point où il veut opérer, le chirurgien incise la peau circulairement, puis les corps caverneux au niveau de la section cutanée ; ceux-ci se rétractent légèrement, laissant dépasser la peau. Reste l'urètre qui est incisé sur la sonde 5 millimètres en avant des corps caverneux. On lie les artères, on suture entre elles les enveloppes des corps caverneux. Enfin l'urètre, qu'on peut auparavant inciser en haut et en bas de 5 millimètres, est fixé à la peau par cinq à six points de suture.

Le malade ainsi opéré guérit rapidement quoiqu'il ait enlevé la sonde ; car l'urine normale, remarque à ce propos M. Tédenat, passe impunément sur les plaies.

2° *Procédé de Guyon.* — Décrit par Guiard (*Annales génito-urinaires*, 1882). Ce procédé ne diffère du précédent qu'en ce qu'il crée un hypospadias artificiel ayant pour but d'éviter le rétrécissement du méat pourtant bien rare avec le procédé de Demarquay. L'idée de l'hypospadias artificiel remonte à Ricord.

On trace la ligne d'incision en haut, perpendiculairement à l'axe de l'organe. Cette ligne descend sur les côtés et s'infléchit ensuite en arrière, de manière à constituer un angle aigu en réunissant les deux extrémités inférieures.

On incise en sciant à petits coups, et on repasse ensuite dans l'incision. La peau se rétracte. Au niveau de cette peau rétractée, on sectionne les corps caverneux en prenant bien garde de ne pas arriver d'un seul coup sur l'urètre. L'urètre est disséqué et sectionné sur un plan antérieur d'un centimètre environ à celui des corps caverneux. Ligature des dorsales, caverneuses, artère de la cloison. Hémorragie en nappe qui n'est jamais abondante.

Cinq points de suture uniront l'urètre à la peau :

Un point inférieur d'abord, unissant la partie la plus postérieure de l'incision urétrale à l'angle du V cutané. 2 supérieurs et 2 latéraux. L'opéré sera ainsi muni d'un léger hypospadias qui ne le gênera pas, mais qui évitera le rétrécissement.

Rizzoli avait déjà décrit (*Gazette des hôpitaux*, 1846, p. 607) une amputation de la verge reposant sur le même principe. Portant le bistouri à la partie inférieure de la verge, il le dirige de bas en haut et d'arrière en

avant, de manière à couper la peau et l'urètre en bec de flûte ; puis l'instrument est relevé et le pénis sectionné perpendiculairement.

Witzel (voir Monod et Vanverts) propose au contraire de créer un épispadias qui s'atténuera par suite de la rétraction cicatricielle.

L'incision est ovalaire, limitant un lambeau dorsal qui est disséqué et relevé en arrière et en haut. A la base du lambeau, section des corps caverneux jusqu'à l'urètre.

Section de l'urètre quelques centimètres en avant, suture verticale des corps caverneux. L'extrémité de l'urètre est relevé et décrit une concavité regardant en haut, et arrive à la base du lambeau cutané supérieur. On fait une boutonnière à la base de ce lambeau et on y introduit l'urètre. Section longitudinale d'un demi-centimètre sur la paroi inférieure de l'urètre et suture à la peau de la boutonnière.

Le lambeau cutané supérieur est suturé à la peau de la face inférieure de la verge.

L'épispadias ainsi obtenu diminue progressivement grâce à la rétraction cicatricielle. Nous ne voyons pas bien cependant l'avantage de cette opération sur le procédé de Demarquay.

§ 4. — Amputation de la verge au ras du pubis

On peut amputer la verge de la même manière que ci-dessus. Les mêmes artères seront liées ; afin d'éviter tout rétrécisement du méat, l'urètre, disséqué sur une longueur d'un demi-centimètre, sera fendu en haut et en bas et suturé à la peau. C'est l'opération que firent

subir MM. Tédenat et Soubeyran au lieutenant T... ; les bourses de ce malade furent laissées intactes, et le malade, revu depuis, n'est nullement incommodé au point de vue urinaire par son nouvel état anatomique. Mais il peut y avoir à cela un grave inconvénient. L'urine s'écoulera en bavant, de sorte que l'opéré pissera continuellement sur ses bourses, et celles-ci, continuellement irritées, ne tarderont pas à présenter un érythème chronique dont nous ne pourrons supprimer la cause. Ambroise Paré évitait cette difficulté en conseillant à ses opérés des canules de buis ou de métal qui, s'appliquant sur le nouveau méat, dirigeaient le jet de l'urine.

Or, en 1832, Delpech voulant amputer la verge d'un de ses malades eut l'idée de fendre le scrotum sur toute sa longueur, de suturer le bord antérieur de chaque bourse à son bord postérieur, de sorte que chaque testicule était enfermé dans une enveloppe spéciale au milieu desquelles l'urètre venait s'aboucher. Au moment de la miction, le malade écartait les deux bourses qui donnaient l'impression de deux grandes lèvres entre lesquelles s'écoulait l'urine.

En 1844, Lallemand pratiqua la même intervention, et, le 15 mars 1855, Bouisson opéra de la même manière un nommé Boursier.

Voici le procédé opératoire tel que le décrit Bouisson dans son ouvrage « Tribut à la chirurgie » et qu'il appelle procédé des chirurgiens de Montpellier. C'est sous cette dénomination qu'il est connu depuis, surtout en Angleterre.

1^er^ temps. — Section du pénis ; s'exécute avec un bistouri ou de forts ciseaux, agissant près de la surface antérieure de la symphyse pubienne.

2e temps. — Division médiane du scrotum parallèlement au raphé et depuis la base de la verge jusqu'au périnée. Pour cela la peau est tendue transversalement et les testicules écartés afin d'en éviter la blessure.

3e temps. — Hémostase : ligature des divisions de la honteuse interne, et de l'artère du dartos.

4e temps. — Suture du bord antérieur de chaque bourse à son bord postérieur.

Il est à remarquer, dit l'auteur, qu'on peut commencer l'opération par la division des bourses, ce qui permettra de se rendre compte de l'état des corps caverneux et de l'urètre, et voir jusqu'à quel point ces organes doivent être sacrifiés.

M. le professeur Tédenat pratiqua l'opération de Delpech, le 28 avril 1884 (voir thèse Dubourd) en lui faisant subir quelques modifications.

Une incision verticale est faite au niveau de la symphyse ; section du ligament suspenseur. Incision antéro-postérieure sur le raphé des bourses ; les corps caverneux sont disséqués et sectionnés sous l'arcade pubienne. Les racines ne sont point enlevées. L'urètre est disséqué et amputé un centimètre en avant de la section des corps caverneux. Après l'avoir incisé en haut et en bas, on le fixe par des points de suture latéraux à la peau.

Le 21 mai, le malade sort guéri, et urine bien.

§ 5. — **Extirpation totale de la verge**

Demarquay décrit ainsi l'extirpation de la verge. Une bougie introduite dans l'urètre est confiée à un aide. Au moyen de deux incisions semi-elliptiques, commençant à la région pubienne et se terminant à la région scrotale,

la partie adhérente de la verge est circonscrite. Section du ligament suspenseur. Les deux corps caverneux sont disséqués jusqu'à leur insertion sur l'ischion, d'où ils sont détachés. Jusqu'ici l'urètre est respecté. Dès que les corps caverneux sont détachés, l'urètre est séparé de ceux-ci, et coupé en arrière du point où la maladie s'arrête. Alors le canal est fendu verticalement et les deux parties latérales sont fixées sur les bords de l'incision cutanée. Par la suite, l'opéré est muni d'une sorte de tuyau au centre de laquelle s'abouche l'urètre.

Mais l'inconvénient que nous avons signalé à propos de l'amputation pure et simple au ras du pubis est alors bien plus accentué. L'urètre sera en retrait sur le scrotum, étant donné surtout la rétraction cicatricielle, et l'urine mouillera continuellement les bourses. Et c'est ici que l'imagination des chirurgiens s'est donnée libre carrière, en voulant à la fois conserver les testicules, et éviter au scrotum le contact irritant de l'urine.

En 1876, Cabadé (de Valence-d'Agen) indiqua un plan d'opération spécial pour « extirpation totale de la verge et de la région bulbaire ». Il avait ainsi opéré un homme atteint de cancer du pénis, récidivé après amputation partielle. Le corps spongieux de l'urètre était pris. Cabadé disséqua la verge jusqu'à l'aponévrose moyenne suivant un procédé analogue à celui de Demarquay, puis, le sujet étant mis dans la position de la taille, il disséqua également la région bulbaire jusqu'à l'aponévrose moyenne et sectionna à ce niveau le canal et les tissus avoisinants : le malade guérit et pissa par un méat périnéal.

M. Berger fait remarquer à ce propos que si l'on combinait la méthode de Cabadé et celle des chirurgiens de Montpellier, on aurait beaucoup plus de jour, et la dissection serait facilitée d'autant.

Pearce Gould propose (*The Lancet*, 1882) une méthode un peu plus perfectionnée. Nous en avons trouvé le résumé dans la thèse de Virely (Paris 1896).

On incise le scrotum sur toute la longueur du raphé, et on sépare les bourses jusqu'au corps spongieux. Cathéter dans le canal. On passe un bistouri par transfixion entre les corps caverneux et le corps spongieux. Le cathéter est retiré, puis l'urètre sectionné et disséqué jusqu'à l'aponévrose du périnée. Incision circulaire autour de la racine du pénis, section du ligament suspenseur, et ablation des corps caverneux. La verge ainsi enlevée, l'urètre est suturé à la peau dans la partie la plus postérieure de l'incision, et la peau du scrotum réunie au-devant d'elle.

Montaz, chirurgien des hôpitaux de Grenoble, publie dans la *Gazette des hôpitaux* un « nouveau procédé opératoire d'extirpation totale du pénis ». Le malade de Montaz présentait une verge indurée jusqu'à la racine, le prépuce était détruit par une ulcération s'étendant à une partie du gland. Le scrotum était sain, sauf au niveau de la racine de la verge. On enleva cette tumeur de la façon suivante :

1^er^ temps. — L'incision, commencée 3 ou 4 centimètres au-dessus de la racine de la verge, est inclinée ensuite en bas et à gauche, de façon à passer tout au plus à 2 ou 3 centimètres du bord gauche de l'organe. Le bistouri continue à suivre le bord gauche des bourses, jusqu'à la partie la plus déclive du scrotum. A ce niveau l'incision devient transversale et suit le bord inférieur du scrotum jusque sur le côté droit. On reporte le bistouri au point initial, et on agit sur le côté droit comme sur le côté gauche. C'est en somme un procédé en raquette. On repasse dans l'incision en faisant l'hémo-

stase au fur et à mesure. On dissèque plus profondément et on voit apparaître les racines des corps caverneux et le bulbe. Ces organes sont sectionnés à coups de ciseaux. Ligature des artères dorsale et caverneuses. Examen des ganglions et ablation s'il y a lieu. Examen des testicules et des cordons spermatiques.

2e *temps*. — On introduit une sonde cannelée droite dans le canal, et le malade étant mis dans la position de la taille, un aide fait saillir cette sonde au périnée sur la ligne médiane. En ce point le chirurgien maintenant la peau de la main gauche, plonge son bistouri et arrive d'un seul coup sur la sonde cannelée. L'incision est agrandie de 2 centim. Suture de la muqueuse à la peau. Il n'y a pas lieu de s'occuper de la portion antérieure d'urètre devenue inutile. On ramène ce qui reste de scrotum sur le pubis et on le suture.

La guérison du malade s'effectua en huit jours. Il urinait verticalement et avait un jet fort et vigoureux. Cet opéré jouit d'une bonne santé pendant deux ans, au bout desquels il mourut d'ictère grave. On put faire l'autopsie. Le tronçon d'urètre situé au-devant du méat périnéal s'était rapetissé, mais présentait un aspect normal. D'ailleurs, dès le premier jour le malade avait enlevé la sonde, et l'urine s'était écoulée tout entière par l'ouverture périnéale.

Enfin Henri Reynes décrivit au XXIIIe Congrès français de chirurgie, 5 octobre 1910, une « nouvelle opération d'amputation totale de la verge ». Il fit à ce propos la réflexion suivante qu'il n'est pas inutile de rapporter ici : « Les cancers de la verge présentent, dit-il, une bénignité spéciale d'évolution qui autorise les opérations partielles mêmes répétées, complétées s'il y a lieu par l'ablation des ganglions inguinaux. Cette bénignité rela-

tive est d'autant plus remarquable qu'elle n'est pas partagée par les autres cancers siégeant sur les muqueuses. »

Voici l'opération telle que la donne la *Revue du Cancer*, 1911 :

1er temps. — Après avoir enlevé la grosse masse cancéreuse, on fait une incision circonscrivant la racine du pénis, et on sectionne le ligament suspenseur. On clive à droite et à gauche la verge d'avec les tissus funiculaires.

2e temps. — On passe l'index entre les deux testicules à travers le scrotum non fendu. Ce doigt fait saillie au périnée sur la ligne médiane, on incise en cet endroit.

3e temps. — Par cette incision et à travers les bourses, nous faisons descendre ce qui reste de verge.

4e temps. — Le malade est mis en position de la taille, et on poursuit à travers la brèche périnéale la désinsertion ischiale des corps caverneux. Pince hémostatique avant de couper leur extrême pointe.

5e temps. — La verge ne tient plus que par l'urètre, que l'on sépare par dissection des corps caverneux. Nous coupons alors l'urètre à la longueur voulue pour qu'il affleure sans tiraillement et sans excès au périnée.

Suture cutanéo-muqueuse et suture de la peau du scrotum au pubis.

§ 6. — **Emasculation totale**

Nous donnons ici la description qu'en a fait Chalot au XVIIIe Congrès français de chirurgie, Lyon 1904.

Cette opération doit être définie, dit-il, « extirpation des corps caverneux, du bulbe de l'urètre et des testi-

cules ». C'est l'ablation des glandes séminales qui distingue cette opération des interventions précédentes conservant toutes les bourses au-devant d'un méat périnéal. Morisani préconise cette intervention pour tous les cas de cancer de la verge. Pour lui, « les testicules sont pour ces malades un encombrement inutile, et leur suppression ne peut avoir aucune influence sur l'organisme, puisque le cancer ne s'observe que chez les gens âgés, et que chez ceux-ci le type masculin est devenu fixe ».

1er temps. — Section des cordons spermatiques et ligature isolée de leurs vaisseaux. On fait une incision verticale commençant à un travers de doigt au-dessus de l'orifice inguinal externe, on isole le cordon et on le serre avec une pince à forcipressure le plus haut possible. Lier séparément les vaisseaux et enlever la pince. Le cordon se rétracte dans le canal.

2me temps. — Ablation en bloc des bourses et de la verge. Le malade étant mis dans la position de la taille, nous prolongeons l'incision de gauche vers le bas, nous contournons les bourses et nous arrivons sur le raphé périnéo-scrotal. Agir de même à droite. Réunir les extrémités supérieures de l'incision à distance de la zone infiltrée. Avec de forts ciseaux courbes, sectionner le ligament suspenseur de la verge. Bien dégager la racine de la verge et la trancher. Forcipresser les dorsales caverneuses bulbo-urétrales.

3me temps. — Introduction d'un cathéter par la tranche de section urétrale qui se reconnaît facilement grâce à sa dépression à contours froncés, de couleur rouge. Isoler l'urètre des corps caverneux jusqu'à ce qu'on l'ait bien dégagé de leurs racines, et séparer celles-ci des branches ischio-pubiennes, en rasant autant que possible

le tissu osseux. Les deux artères caverneuses sont sectionnées avant leur entrée dans les corps caverneux et liées. Inciser ensuite l'urètre, et suturer le moignon urétral à la peau du périnée dans l'angle inférieur de l'incision cutanée.

4me temps. — Evidement ganglionnaire et suture de la plaie. Les membres inférieurs étant mis en extension, prolonger en dehors l'incision qui avait servi pour les cordons spermatiques. Faire bâiller la plaie et énucléer tous les ganglions suspects et infectés.

Hémostase. Lavage de la plaie, et réunion des lèvres de l'incision générale qui affecte alors la forme d'un T. La commissure antérieure du nouveau méat périnéal sera bien cousue à l'angle des lèvres cutanées par deux crins de Florence supplémentaires afin d'éviter l'infiltration d'urine. Sonde à demeure, pansement iodoformé.

Il est clair, ajoute Chalot, que le chirurgien ne pourra toujours suivre dans ces détails le manuel opératoire qui vient d'être décrit, et que l'état de la région, les progrès de la tumeur, la laxité plus ou moins grande des téguments, lui imposent souvent une opération atypique.

Chalot nous donne ensuite l'observation de deux malades à qui il a fait subir l'émasculation totale.

Obs. I (résumée). — Le sujet porte sur la verge, déformée et criblée de fistules, une ulcération bourgeonnante, d'un rouge blafard, s'étendant d'une part sur la partie inférieure du mont de Vénus, de l'autre sur la moitié antérieure de la bourse gauche, faisant corps avec le testicule correspondant. La peau de la bourse droite est rouge, indurée, le testicule est libre et paraît intact. Engorgement ganglionnaire des deux aines. Emascula-

tion totale. Deux ans et demi après, le malade se livre à ses travaux habituels à la campagne, se porte très bien et est plein d'entrain et de gaieté.

Obs. II (résumée). — Le cas était tout aussi grave. Infiltration du mont de Vénus, du scrotum sur toute la bourse droite, se continuant dans le pli de l'aine. Le malade a subi la même opération, a parfaitement guéri, et est en bonne santé huit mois après.

Ces deux malades ont eu depuis leur opération des éjaculations voluptueuses pendant la nuit ; le premier a de l'incontinence nocturne.

§ 7. — **Ablation des ganglions**

La récidive ganglionnaire est une des complications les plus redoutables de ces diverses opérations, d'autant qu'elle est parfois inopérable et tue le malade, soit par cachexie cancéreuse, soit par perforation des vaisseaux fémoraux (voir thèse Culty). Aussi certains chirurgiens recommandent-ils de pratiquer systématiquement l'évidement ganglionnaire des deux aines alors même qu'ils ne paraissent pas cancéreux. Mauclaire (*Archives générales de chirurgie*, 1908) cite l'observation de quatre malades atteints de métastase ganglionnaire pour épithélioma du pénis et nous donne dans l'observation I la description de l'opération qu'il fait subir systématiquement à ses malades. Son procédé est basé sur le principe suivant, « qu'il faut enlever en bloc le territoire lymphatique infecté, et ensuite la tumeur, ce qui peut éviter des greffes opératoires.

Obs. — Malade âgé de 52 ans, atteint de syphilis qui a été soignée. Depuis deux ans, il a vu apparaître sur la rainure du gland un bouton qu'il cautérisait avec du nitrate d'argent. Le 28 juillet 1903, le diagnostic d'épithélioma est posé par le médecin. L'extrémité de la verge se termine en massue. Elle est recouverte par le prépuce de coloration noirâtre-violacée. La suppuration est fétide et abondante. Il est impossible de rabattre le prépuce. L'induration occupe le quart antérieur de toute l'épaisseur de la verge. On sent dans les deux aines, malgré l'adiposité du sujet, des ganglions inguinaux et cruraux qui paraissent cancéreux.

L'opération est pratiquée le 2 août 1903, de la manière suivante :

1er temps. — Evidement à droite. Suivant une surface triangulaire à sommet tronqué pubien, nous pratiquons l'évidement de tout le pli inguinal droit, de dehors en dedans, de la peau et de tout le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose, puis jusqu'à la veine fémorale bien mise à nu.

2e temps. — Même opération à gauche.

3e temps. — Incision cutanée sous-pubienne transversale réunissant les deux incisions précédentes, et passant à trois travers de doigt au-dessus de la racine de la verge. Soulèvement à ce point du lambeau cutané, et nettoyage du tissu cellulaire.

4e temps. — Section de la verge. Toutes les parties molles sont enlevées de haut en bas en comprenant la verge près de sa racine et les parties latérales correspondantes du scrotum de manière à enlever tous les lymphatiques passant à ce niveau.

L'exérèse terminée, les tissus enlevés dans les deux

aines, la verge et une partie du scrotum tiennent encore ensemble en un seul bloc.

5e *temps*. — Sutures cutanées. Après ligature des artères dorsales, caverneuses, la peau sus-pubienne et la peau scrotale sont ramenées sur le moignon de la verge, et suturées à l'enveloppe des corps caverneux. L'urètre est légèrement détaché, sectionné à droite et à gauche d'un coup de ciseaux, puis éversé et suturé à la peau. Les bords des incisions inguino-crurales sont suturées suivant une autoplastie par glissement.

L'opéré guérit rapidement et succomba deux ans après à des accidents cérébraux sans récidive locale.

Lennander a insisté sur la récidive habituelle dans la fosse iliaque antérieure et supérieure. Il conseille une exérèse ganglionnaire plus large encore.

1° Incision allant de la symphyse à l'épine iliaque antérieure et supérieure, et prolongée jusqu'au tiers moyen de la crête iliaque, et incision crurale verticale au niveau de l'artère fémorale.

2° Curage méthodique de l'aine jusque autour de la veine fémorale profonde.

3° Libération de l'arcade vis-à-vis de l'épine pubienne, de la crête pectinéale et du fascia lata et iliaqua d'autre part. On lie les vaisseaux épigastriques et circonflexes iliaques externes et on enlève les ganglions qui leur sont adhérents. On sectionne ensuite les muscles de la paroi.

4° Décollement du péritoine jusqu'au détroit supérieur en entraînant avec lui les vaisseaux spermatiques.

5° Extirpation des ganglions iliaques externes, obturateurs et hypogastriques. Si besoin est, ablation des iliaques primitifs en prolongeant l'incision.

Le malade opéré par Lennander mourut de cachexie le quatorzième jour.

§ 8

Nous ne voudrions point terminer ce chapitre sans parler de tentatives récentes de traitement de cancer par le radium. Nous donnons à ce sujet la communication suivante faite à la *Revue de l'Association française pour l'étude du cancer* (1908-1909).

Il s'agit d'un malade entré au service du professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Louis, le 11 juin 1907. Il souffrait depuis deux ans d'un cancer bourgeonnant occupant la totalité de la verge pour s'étaler sur les portions adjacentes du scrotum et de la région pubienne. Sous l'influence du traitement, il se produisit une régression progressive de la tumeur. Le néoplasme s'est résorbé peu à peu, ne laissant qu'un énorme bourrelet cancéreux occupant la base de l'organe. Ce bourrelet disparut à son tour sauf en un point du côté du pubis. La verge semble actuellement dépouillée de végétations, le gland commence à s'épidermiser.

Nous avons trouvé également dans la *Revue du Cancer* une observation dans laquelle le radium a amené la régression de la tumeur principale, mais n'a pu empêcher la propagation ganglionnaire.

Nous donnons ces renseignements plutôt pour être complet que pour en tirer une conclusion pratique. Outre que le traitement au radium n'est pas à la portée de tout le monde, vu le prix extraordinaire de ce métal, les résultats obtenus offrent trop peu de netteté pour que nous puissions conseiller au malade autre chose qu'une ablation large et précoce de la tumeur. Le radium semblerait indiqué pourtant dans les cancers superficiels de

la peau du pénis et des bourses, comme celui du malade de Cullerier que nous avons cité, ou encore dans ces cas de cancers secondaires des ganglions inguinaux, trop adhérents aux vaisseaux fémoraux pour qu'on puisse les extirper au bistouri.

Quant à la radiographie, bien que peu de cancers de la verge aient été soignés par ce moyen, on peut dire qu'elle a fait des preuves surtout négatives. L'officier dont M. Soubeyran a bien voulu nous communiquer l'observation était effrayé par l'opération et trouvait moins dangereux de se faire traiter aux rayons X. Le mal faisait des progrès constants et nul doute qu'il n'ait succombé dans une cachexie rapide s'il n'avait accepté l'intervention.

Culty cite également un autre cas. L'évolution fut fatale dans un laps de temps ne dépassant pas la durée ordinaire d'un cancer pénien.

CHAPITRE III

RÉSULTATS ET CONSÉQUENCES OPÉRATOIRES

§ 1. — **Résultats immédiats**

L'amputation de la verge ou des parties génitales n'est point en elle-même une opération traumatisante. Dans les nombreuses observations que nous avons lues pour nous faire une opinion sur la gravité clinique du cancer de la verge, et sur le résultat des diverses interventions, nous n'avons vu aucun chirurgien signaler de choc opératoire violent. Demarquay cite, il est vrai, sous le titre «aggravation de l'état général», l'exemple de deux malades, dont l'un fut opéré par Dupuytren, l'autre par le baron Larrey. «Chez le premier, devenu taciturne, la peau se décolora, le deuxième jour survint un délire fugace, du tremblement, et mort quatre jours après. Chez le second, après 23 jours, la plaie étant guérie, il survint

quelques frissons, la peau devint sèche et jaunâtre et le malade mourut bientôt. A l'autopsie on trouva un léger ramollissement du cerveau et un abcès dans les muscles jumeaux du côté droit.» Ce sont les deux seuls cas sur 134 observations. Le second semble rentrer dans le cadre général de l'infection, quant au premier on ne peut se prononcer sur son état, l'autopsie n'ayant pas été faite.

Comme suites immédiates de l'amputation de la verge, Demarquay a noté l'hémorragie, le tétanos, l'érysipèle, l'infiltration d'urine et la phlébite. L'hémorragie post-opératoire est bien plus rare actuellement: l'opération au bistouri avec ligature immédiate des artères et suture des enveloppes des corps caverneux, l'absence de suppuration nous en garantissent le plus souvent. Néanmoins ces organes sont essentiellement vasculaires, et il ne faut point s'étonner de voir après l'opération un léger hématome. C'est ce qui arriva à un malade du professeur Tédenat (thèse Villa, obs. III). La guérison ne fut pas pour cela retardée.

L'érysipèle, le tétanos ne s'observent plus en général ; n'oublions pas cependant que nous opérons sur une région infectée depuis longtemps, et que le chirurgien ne peut être rendu responsable de certaines complications infectieuses. C'est ainsi que la phlébite a été citée par Demarquay, Morestin (Société anat., 1905). La statistique d'Englisch (de Vienne) porte 17 cas de pyohémie, Desgranges un cas, Demarquay un cas. Un cas d'orchite double a été consigné dans la thèse de Damond (Bordeaux, 1898).

Quant aux autres complications, telles que suppurations ou accidents broncho-pulmonaires après narcose, ils sont inhérents à toute intervention chirurgicale.

En somme, l'amputation de la verge est une opération bénigne, et les statistiques des chirurgiens accusent en moyenne un résultat satisfaisant, dans la proportion de 94 %.

L'émasculation totale donne des résultats tout aussi favorables ; on n'a, pour s'en rendre compte, qu'à consulter les auteurs cités dans notre bibliographie, Pantaloni, Chalot, Morisani (de Sienne), Mercanton (de Genève), etc. Nous donnons dans nos observations deux résultats opératoires parfaits, obtenus l'un par M. Tédenat avec guérison définitive d'ailleurs, l'autre par M. Soubeyran.

§ 2. — Conséquences urinaires

Il ne semble pas que les malades ayant subi l'amputation médio-pénienne soient incommodés en quoi que ce soit pour la miction. Le jet a une direction normale et la suture cutanéo-muqueuse suffit pour prévenir les rétrécissements.

Le même procédé, employé par M. Tédenat dans l'opération de Delpech-Bouisson, nous rendra le même service. Il semble, d'ailleurs, qu'on se soit exagéré l'influence de l'urine sur le scrotum. M. Tédenat, qui a eu l'occasion de voir plusieurs amputés de la verge au ras du pubis, prétend que le jet d'urine était assez fort pour être projeté au loin, et les quelques gouttes qui mouillaient le scrotum ne gênaient en rien l'opéré.

Dans les cas de méat périnéal, soit après énucléation de la verge, soit après émasculation totale, on ne voit plus de rétrécissements consécutifs grâce aux

procédés de réfection du méat. Le prolapsus de la muqueuse urétrale a été cité, ainsi que l'incontinence d'urine, chez l'opéré de Chalot par exemple.

Dans les cas de rétrécissement cicatriciel du méat, la dilatation peut nous rendre les mêmes services que sur un urètre normal, et si l'opéré de M. Tédenat dont nous donnons l'observation mourut d'infection urineuse, plusieurs années après l'amputation, c'est qu'il se mit à boire, et abandonna complètement son médecin qui avait commencé des séances de dilatation.

§ 3. — **Résultats au point de vue de la récidive**

La cure définitive du cancer est un point de vue qui prime ici tous les autres et qui impose au malade les opérations les plus délabrantes. La récidive cancéreuse est-elle la règle ou l'exception ? et parmi les diverses interventions que nous avons relatées ici, en est-il qui assurent plus de garanties à ce point de vue ? Questions bien difficiles à trancher, car la plupart du temps les renseignements font défaut. En effet, la plus grande majorité des malades sont perdus de vue dès leur sortie de l'hôpital, et si on leur écrit on n'obtient généralement pas de réponse soit qu'ils éprouvent un certaine répugnance à faire constater leur infériorité génésique, soit qu'ils aient succombé à leur affection ou à toute autre maladie.

Les statistiques chirurgicales d'ailleurs ne semblent pas avoir apporté beaucoup de clarté dans le débat. Les uns considèrent les non revus comme guéris, d'autres parlent de guérisons acquises, alors qu'il s'agit seulement de guérisons opératoires, ou datant seulement de quel-

ques mois. Or la récidive est fréquente au bout d'un an et même davantage.

Un fait pourtant est reconnu par tout le monde, c'est que le cancer est curable dans une large mesure. Fabrice de Hilden obtint une survie de dix ans et « donne ce fait en réponse à ceux qui prétendent que le cancer une fois extirpé renaît en un autre endroit ».

Billroth (thèse Martin, Paris) a des cas de survie datant de un, deux, cinq et sept ans. Martin ajoute sa statistique avec onze guérisons et trois récidives.

Demarquay a publié 134 observations. Sur ce nombre 98, chiffre énorme, n'ont pas été revus. Des 36 restants 16 ont récidivé, 1 mort des suites opératoires, et 19 ont présenté une survie allant de quelques mois à dix ans. Sur les 16 récidives l'engorgement s'est montré 8 fois et chaque fois moins d'un an après l'opération.

Thiersch (thèse Schneider, Giessen, 1904) obtient 3 guérisons sans récidives sur huit opérés.

Horteloup (1887) rapporte les résultats de 8 malades et de 15 observations étrangères. Sur ces 23 opérés, 9 sont perdus de vue, 3 suivis quelques mois, 9 eurent des récidives locales ou ganglionnaires, 1 fut trouvé sans récidive deux ans et demi après l'opération, l'autre fut présenté à l'Académie de médecine.

La statistique d'Englisch (de Vienne) comprend 540 cas de cancer de la verge : les résultats sont satisfaisants dans la proportion de 94 0/0 au point de vue opératoire; quant à la récidive, le nombre des malades suivis est si faible qu'il ne prouve rien du tout.

Jonnesco (*Bulletin de la Société de chirurgie de Bucarest*) donne trois émasculations : une première sans extirpation ganglionnaire, mort de récidive ; une deuxième avec extirpation, résultat inconnu, la troisième avec

extirpation iliaque et le long de l'aorte donne une survie de deux mois.

Ribeira y Sans (2me Congrès de la Société internationale de chirurgie, 1908) présente la statistique suivante : 20 opérés. Sur ce chiffre 15 amputations partielles comportent 11 guérisons, 2 récidives, 2 opérations sont trop récentes pour pouvoir se prononcer. 4 amputations totales donnent 1 mort de suites opératoires, 2 guérisons, 1 récidive. Le dernier malade a subi l'émasculation totale avec résultat inconnu.

Le médecin anglais Barney réunit 100 cas de cancer de la verge. Sur ces 100 cas, 25 n'ont pas été suivis, 22 sont morts de cancer en moyenne deux ans après l'opération. Chez 27 opérés la guérison s'est maintenue, enfin pour 26 cas récidivés on pratiqua une seconde intervention qui donna les résultats suivants : 11 guérisons définitives, 5 morts de maladies quelconques et 10 morts de cancers dans un laps de temps ne dépassant pas quatre ans. En somme, sur 75 résultats connus il a 38 morts de récidives.

Culty dans sa thèse a réuni 104 observations. Mais les 75 premiers malades sont pris un partout, de sorte qu'on ne peut tirer de sa statistique une conclusion bien légitime. Par contre, les 27 derniers cas représentent tous les malades qui ont été opérés dans les diverses cliniques de Lyon depuis 1900 jusqu'en 1908. L'auteur a écrit à tous les opérés afin d'en avoir les renseignements nécessaires. Sur ces 27 opérés 7 n'ont donné aucun renseignement, 3 ont succombé à une affection intercurrente, 3 sont morts de récidive, 11 ne présentent pas de récidive, et cela depuis une période de 10 ans à 1 mois, 2 viennent d'être opérés.

Les 3 malades qui restent ont subi l'émasculation totale. Le premier est bien portant vingt-sept mois

après l'opération, le second ne donne aucun renseignement, le troisième vient d'être opéré.

Enfin, parmi les 10 observations que nous devons à l'obligeance de MM. les professeurs Tédenat, Gilis et Soubeyran, nous trouvons :

Amputation partielle : survies de 2 ans (Obs. I), de 4 ans (Obs. IV), de 23 ans (Obs. X) ; pour l'Obs. IX, pas de renseignements.

Amputation au ras du pubis ou opération de Montpellier : survies de 15 ans (Obs. II), de 3 ans et demi (Obs. V), 6 ans (Obs. VII) ; pour l'observation VI, pas de renseignements.

Enfin, sur les deux malades ayant subi l'émasculation totale, l'un, opéré par M. Tédenat en 1894, était encore en vie en 1901 ; l'autre, opéré par M. Soubeyran, mourut de récidive au bout d'un an.

Et qu'on ne nous reproche pas d'avoir choisi arbitrairement les trois premières observations dans la thèse de Villa et Dubourd, car, si nous avons laissé de côté les autres cas appartenant, comme les trois premiers, à M. le professeur Tédenat, c'est qu'il n'existe sur ces malades aucun renseignement postérieur à leur sortie de l'hôpital.

A propos de l'émasculation totale, Culty nous dit dans sa conclusion : « Il résulte de nos observations que la survie et l'absence de récidive est d'autant plus fréquente que l'opération est plus complète et plus radicale; c'est donc à l'émasculation totale qu'il faut donner la priorité. » Morisani affirme qu'il faut avoir recours à l'émasculation totale, dans tous les cas de cancer balanique, et supprimer sans hésiter les testicules « témoins tristes et muets d'une fonction à jamais perdue ».

Toute la question est de savoir si la présence des testi-

cules expose le sujet à une récidive après l'opération. Dans les deux cas d'émasculation totale que nous citons dans cet ouvrage, ainsi que pour les deux malades de Chalot dont nous avons parlé à propos de cette opération, nous voyons que les testicules ne se laissent envahir qu'à la longue, et en somme parce qu'ils sont simplement adjacents à une peau cancéreuse. Ainsi un malade de Chalot avait la peau d'une des deux bourses rouge, tendue, le testicule lui était adhérent et se laissait infiltrer; l'autre bourse possédait une peau rouge et envahie, mais le testicule était libre. Chez le malade de M. Tédenat, nous trouvons deux gros noyaux indurés en arrière du cordon, ce qui s'explique très bien, étant donné les connexions lymphatiques dont nous avons parlé au début. L'opéré de M. Soubeyran avait également toute la peau des bourses envahie. Il est certain que, dans ces cas, on est obligé de faire le sacrifice des glandes séminales, soit parce qu'elles sont déjà malades, soit parce qu'on est obligé de sacrifier le cordon, et qu'elles sont déjà menacées, soit parce qu'on n'a plus assez de peau pour leur reconstituer une enveloppe.

Mais, en dehors de ces cas qui indiquent formellement l'opération, il n'y a pas de raison pour que le testicule soit envahi, et de fait nous voyons certains malades mourir de métastase, présentant des cancers secondaires dans l'aine, les ganglions iliaques ou prévertébraux, les organes abdominaux, les poumons ou le foie, sans que leurs testicules soient atteints.

Quant à dire que l'émasculation totale offre en fait moins de récidive, il nous semble que la statistique de Culty ne permet guère une semblable conclusion. Il est d'ailleurs dangereux d'établir des pourcentages avec un

petit nombre de cas, car il est à craindre que quelques observations de plus ne fassent varier la statistique dans des proportions énormes, et, en admettant même que l'émasculation totale donne un plus grand nombre de survies, ne serait-ce point parce que cette opération est suivie chaque fois d'un évidement ganglionnaire complet, ce qui ne se pratique pas toujours dans les amputations partielles.

Il reste il est vrai la raison que donne Morisani, savoir que les testicules doivent être supprimés uniquement parce qu'ils sont devenus inutiles. Nous verrons tout à l'heure ce qu'il faut en penser.

§ 4. — Etat génital et mental des opérés

Nous sommes obligé ici de faire une distinction, et de classer les malades en plusieurs catégories.

Les malades qui ont subi une amputation partielle, et possèdent encore un tronçon de verge permettant aux fonctions génitales de s'exercer, sont assez contents de leur sort. Le malade de Fabrice de Hilden est très souvent porté aux plaisirs de l'amour. Trois opérés de Lyon ont écrit à Culty qu'ils éprouvaient à peu près les mêmes facultés génitales qu'avant. Un malade amputé partiellement par M. le professeur Gilis en 1887 se conduit à ce point de vue comme avant sa maladie. Un malade du docteur Tixier (thèse Culty) a eu un enfant depuis son opération.

Chose curieuse, certains malades amputés ras du pubis tiennent le même langage. L'officier de M. Soubeyran, qui a subi l'amputation totale, peut pratiquer le coït avec son tronçon d'urètre. Un malade de Variot (*Bull. Soc.*

anthropol., 1892) a des rapports sexuels féconds et devient père d'une petite fille. L'amputation avait eu lieu au ras du pubis.

Il n'en est pas de même pour les individus à qui on a extirpé complètement la verge, et qui ont encore les testicules intacts. Les éjaculations sont possibles, ces malades ont des pollutions nocturnes, et sont capables tout au moins de désir. Est-ce un bien, est-ce un mal ? Faut-il, comme le veut Morisani, supprimer ces testicules, comme un encombrement inutile ? Nous ne le pensons pas.

Remarquons d'abord que les opérés de Chalot avaient eux aussi des pollutions nocturnes, et éprouvaient le plaisir sexuel en rêve. Donc, l'ablation des testicules n'avait point chez eux supprimé le désir. L'imagination, a-t-on dit, en effet, crée plus d'enfants que le cœur le plus tendre et les sens les plus échauffés, et l'imagination est hors de l'atteinte du bistouri.

La castration est-elle d'ailleurs aussi inoffensive que le veut Morisani? Les opérés de Chalot se déclaraient satisfaits, ainsi que certains malades de Pantaloni et de Morisani. Mais il faut bien reconnaître qu'il y a là de grosses différences individuelles.

Nous avons trouvé à ce propos dans la *Quinzaine thérapeutique* (mars 1911) une observation du professeur Debove : « L..., journalier, âgé de 45 ans, a eu une syphilis, et, à la suite d'une orchite, atrophie des deux testicules. Le professeur Tuffier, qui l'examina, constata une atrophie considérable des testicules droit et gauche... Le pubis est garni de rares poils qui autrefois étaient abondants. Le toucher rectal ne donne aucune sensation rappelant la prostate. Sa place est occupée par une membrane de consistance fibreuse...

La voix autrefois grave s'est élevée, les poils sont devenus rares aux aisselles, au menton, et il ne reste que peu de moustaches. L... a engraissé et une adipose légère a atténué ses reliefs musculaires. Depuis la fonte de ses testicules, il affirme avoir perdu ses forces ; depuis sept ans, il est incapable de tout effort et devient un pensionnaire de l'hôpital.

» L... prétend avoir conservé toute son intelligence, il reconnaît cependant qu'il pleure sans motifs, qu'il était autrefois querelleur et qu'il est tout à fait pacifique, pour ne pas dire plus. »

Quoique cet état de déchéance ne frappe pas tous les castrats, il est certain que tous sont plus ou moins atteints. Leur volonté et leur courage ne sont plus les mêmes, combien de neurasthénies trouvent-elles leur origine dans une insuffisance ou dans une lésion testiculaire !

L'hypocondrie, les obsessions, le délire hypocondriaque ont été notés chez les sujets seulement porteurs de testicules malades. Et, d'près Mœbius, la castration retentit d'autant plus sur l'état mental qu'elle est plus tardive.

Donnons pour finir cette observation du docteur Tuffier : « Un homme de 48 ans, très musclé, homme de sport par excellence, m'était amené pour hypertrophie de la prostate. Il me demandait la castration double, opération qui sévissait à Paris à ce moment-là, pour guérir cette hypertrophie. Je refusai. Il subit l'opération des mains d'un spécialiste. Deux ans plus tard, le docteur Pellerault me faisait par curiosité voir cet homme. Je le trouvai assis dans un fauteuil, la tête penchée en avant, la face jaune, un peu bouffie, la moustache presque tombée ne conservant

que quelque poils cassants. Le pubis était glabre, la verge atrophiée. Ce qui frappait le plus, c'était l'apathie complète de cet homme qui ne parlait qu'à regret et ne voulait prendre aucun exercice. Cet homme, que j'avais vu si robuste et si vaillant, était le type de la profonde déchéance masculine. »

C'est donc mettre un individu en état d'infériorité dans la lutte pour l'existence, que de lui enlever ses testicules, et on ne doit s'y résigner que si la vie de l'individu le commande absolument.

OBSERVATIONS

Les trois observations qui suivent sont empruntées à la thèse du docteur Villa.

Observation I

(Due à M. le professeur Tédenat. — Recueillie par M. le docteur Saussol, chef de clinique.)

S. Antoine, marchand de parapluies, a toujours joui d'une bonne santé. Il est très gros et paraît plus âgé qu'il n'est. Il y a quatre à cinq mois, sans cause connue, il constate une plaie bourgeonnante sur le prépuce au niveau du filet. Peu à peu les bourgeons se sont étendus au gland et à tout le prépuce, et ont formé une tumeur volumineuse en chou-fleur à l'extrémité de la verge. Suppuration abondante et fétide, douleur vive au niveau de la tumeur. Ganglions douloureux et engorgés, surtout à droite.

Lors de son entrée, le 30 mai 1886, la verge présente une énorme tumeur qui occupe sa moitié antérieure. Les douleurs sont très vives; la suppuration, abondante et fétide, fatigue le malade Les

ganglions inguinaux forment à droite une masse indurée avec points ramollis.

Le 4 avril, opération. Sonde en gomme élastique est placée dans le canal de l'urètre, et un tube en caoutchouc est serré sur la verge, au-dessous de la tumeur, pour faire l'hémostase. Amputation de la verge à la partie moyenne, dissection de la muqueuse urétrale et suture à la peau. La sonde en gomme est retirée. Ablation des ganglions inguinaux droits avec le couteau du thermocautère. Une large brèche est nécessaire, on tente ne pas de réunir.

Le malade sort le 19 avril, le moignon pénien étant complètement cicatrisé et la plaie inguinale en bonne voie de guérison. Il présenta quelques accidents : maux de tête, insomnie et délire dus à une légère intoxication iodoformée.

Pendant deux ans, ce malade continua son commerce de marchand de parapluies.

Observation II

(Résumée)

(Due à M. le professeur Tédenat)

B..., cultivateur, 52 ans, né à Mirepoix (Ariège). Antécédents héréditaires et personnels, néant, si ce n'est un phimosis qui l'empêchait de découvrir le gland.

Il y a un an, le malade constate sur sa verge l'existence d'une petite tumeur de la grosseur d'un pois, paraissant siéger entre le gland et le prépuce. Le malade va se faire soigner à Toulouse. On pratique la circoncision, le gland avait l'aspect d'un chou-fleur. On enleva la verge par la méthode des caustiques. A la troisième application elle se détacha presque à la racine.

Entré à l'hôpital St-Eloi le 18 avril 1884. On voit devant le pubis un chou-fleur supporté par une portion de verge de deux ou trois centimètres.

Il est assez difficile de distinguer l'urètre.

Le 28 avril, M. Tédenat pratique l'opération : une incision verticale est faite au niveau du pubis, section du ligament suspenseur. Incision antéro-postérieure sur le raphé des bourses qui sont séparées jusqu'à l'urètre. Les corps caverneux, disséqués et sectionnés sous l'arcade pubienne, n'ont pas leur racine détachée du pubis. L'urètre sectionné 1 centimètre en avant des corps caverneux est disséqué sur une largeur de 1 centimètre environ. Après l'avoir disséqué légèrement en haut et en bas, on le fixe par deux points de suture latéraux à la peau. Sonde en celluloïd dans l'urètre. Chaque testicule est enfermé dans la bourse correspondante.

Le malade quitte l'hôpital le 21 mai. M. Tédenat a vu ce malade en 1896. Il jouissait d'une santé parfaite, bien que depuis quelques mois il se soit produit un rétrécissement. En 1897, le docteur Rascol fit des dilatations, mais bientôt le malade se met à boire, abandonne son médecin qui constata en 1898, à la fin de l'année, des accidents de rétention d'urine avec infection de tout l'appareil urinaire. Le malade succomba à cette infection en mars 1899 sans la moindre récidive de son épithélioma.

Observation III

(Résumée)

(Due à M. le professeur Tédenat)

Epithélioma ayant débuté dans le sillon balano-préputial et ayant envahi en 3 ans les bourses, le fourreau de la verge, la partie médiane du mont de Vénus. — Emasculation totale. — Guérison persistant en 1900.

P... T... 55 ans, habitant le département de l'Aude, est adressé à M. Tédenat, le 27 juin 1894 par M. le docteur Eugène Narbonne. Le malade est amaigri, dyspeptique, par abus de l'alcool et du tabac, et par suite de troubles urinaires dépendant d'un phimo-

sis congénital compliqué depuis quatre ans d'un épithélioma de la verge. Il y a quatre ans, suintement par l'orifice préputial très étroit, puis bourgeons qui perforent le prépuce dans sa région dorsale et lentement gagne le raphé scrotal s'étendant de chaque côté sur la peau des bourses.

Les bourgeons détruisent le fourreau de la verge jusqu'à la partie antérieure du mont de Vénus. Les ganglions des deux aines sont tuméfiés depuis plusieurs mois. On voit une masse de végétations dures, fissurées, fragiles, d'où s'écoule un liquide sanieux d'odeur infecte. Quand le malade urine au prix de grands efforts, l'urine sort en plusieurs jets de fissures multiples, en haut et en bas du prépuce. La masse informe de ces végétations a les dimensions du poing qu'on aurait étalé sur la verge et sur les bourses.

Opération le 4 juillet.

Une incision part de 2 centimètres au-dessus de la symphyse, circonscrivant de chaque côté les végétations qui sont en avant de la symphyse ; elle se porte ensuite dans le pli génito-crural à 1 centimètre et demi en dehors des végétations. Les deux incisions viennent se joindre sur le raphé périnéo-scrotal. De la partie moyenne de chaque incision en part une autre qui va le long du cordon qui est lié à la partie supérieure du trajet inguinal. Les deux testicules sont ainsi emportés au centre de la masse morbide. Dissection des lambeaux latéraux pour enlever non seulement les ganglions lymphatiques, mais encore les vaisseaux lymphatiques afférents. L'urètre est séparé des corps caverneux. Comme il reste sain sur une longueur de 4 ou 5 centimètres en avant de l'aponévrose moyenne, il est suturé en haut au voisinage de la symphyse. Les corps caverneux sont sectionnés sur l'ischion ; hémorragie peu abondante. Réunion immédiate. Le malade quitta l'hôpital le 22 juillet 1894.

Le docteur Narbonne a parlé dans la suite à M. le docteur Tédenat du fonctionnement parfait de l'urètre qui ne s'est nullement rétréci quant au mode de suture. La santé du malade était excellente en 1900.

Au cours de l'opération, on trouva chez ce malade des nodules à la partie inférieure des deux cordons. Ils imposaient l'ablation des testicules.

D'ailleurs, si on les eût conservés, il eût été impossible de leur constituer des enveloppes.

Observations inédites

Observation IV

(Due à l'obligeance de M. le professeur Tédenat.
Recueillie par le docteur Dusser.)

Epithélioma du gland. — Amputation de la moitié antérieure de la verge. Ablation des ganglions inguinaux. — Guérison persistant après 4 ans.

Denis M...., 38 ans. Pas de tumeurs cancéreuses chez les ascendants directs. Le père, âgé de 72 ans, se porte bien, la mère est morte de pneumonie aiguë à l'âge de 63 ans. Denis M... s'est toujours bien porté, sauf une blennorragie à 20 ans. Il a eu deux enfants bien portants : l'un a 10 ans, l'autre 7. Le malade était porteur d'un phimosis assez étroit. Depuis 6 mois, écoulement séreux d'abord, puis séro-sanguinolent depuis 1 mois, pour lequel il a fait des injections d'acide borique. Le docteur Arles, consulté il y a 10 jours, constate une petite tumeur dure à travers le prépuce tuméfié et qui ne peut être attiré assez en arrière pour qu'on puisse mettre la tumeur à jour. Le malade entre à la clinique de M. Tédenat le 3 mai 1906 : Santé générale bonne, prépuce œdématié ; de l'espace sous-préputial s'écoule un liquide séro-sanguinolent, on sent un nodule dur sous la partie gauche du gland qui a le volume d'une grosse noisette un peu aplatie. Pas de ganglions augmentés de volume. MM. Tédenat et Dusser diagnostiquent : Epithélioma du gland. C'est le diagnostic porté par le docteur Arles.

6 mai. — Opération après irrigation abondante sous-préputiale

avec de l'eau salée bouillie et anesthésie à l'éther. M. Tédenat incise le prépuce sur le milieu de la région dorsale pour mettre à nu la tumeur. Elle est rouge, grisâtre par endroits, grenue avec quelques fissures. Tout autour, dans le sillon et dans le prépuce existent quelques îlots d'aspect néoplasique.

Amputation de la verge à 3 centimètres en arrière du gland. L'urètre sain est sectionné à 1 centimètre et demi en avant des corps caverneux et passé à travers une fente du lambeau cutané dorsal. Incision de chaque côté pour l'ablation des ganglions inguinaux. Suturé sans drainage.

Suites opératoires simples, sauf une goutte de pus au niveau d'un point de suture à l'aine gouche. Cicatrisation parfaite au douzième jour.

Mars 1911 (4 ans après). — La guérison persiste, la miction se fait bien et l'opéré est satisfait, au point de vue du coït, du morceau de pénis qui lui reste.

Observation V

(Due à M. le professeur Tédenat. — Recueillie par notre ami le docteur Louis Cambassédès.)

Cancer du pénis. — Amputation totale avec conservation des testicules suivant la méthode de Bouisson.

Pierre G..., 29 ans. La mère est morte à 43 ans d'un cancer du sein. Père et deux sœurs plus âgées bien portants.

Antécédents personnels. — Syphilis contractée à 17 ans et bien soignée. Il y a 6 mois, P. G..., qui a un prépuce très long et étroit éprouve des picotements sous le prépuce et un écoulement séro-purulent. Il fit des injections de sulfate de zinc ; le prépuce se tuméfie peu à peu et l'écoulement se tache de sang. Un médecin conseilla l'iodure de potassium. 3 ou 4 mois après, le malade consulta M. Tédenat qui trouva (2 mars 1907) l'état suivant : Prépuce œdématié, l'œdème occupe la moitié antérieure de la verge,

On sent un gros nodule sous-préputial, pas de ganglions à l'aine. M. Tédenat diagnostique un cancer du pénis et conseille l'amputation. Le malade n'accepte pas et revient voir M. Tédenat le 28 avril. Le prépuce est perforé à sa partie supérieure et une masse grenue grisâtre, du volume d'une noisette, fait saillie à travers la perforation du prépuce. Œdème de la moitié antérieure du fourreau pénien. En plus de la tumeur sous-préputiale, il existe un nodule dans le corps caverneux gauche à sa partie moyenne. Du sang et un pus fétide coulent par l'orifice préputial. Miction fréquente, ganglion à l'aine gauche.

3 mai. — Amputation totale de la verge et excision des corps caverneux à leur insertion sur l'ischion, suivant la technique employée par M. Tédenat (thèse Dubourd). L'urètre est fixé au périnée à la partie postérieure de l'incision. Par une incision oblique dans chaque aine, les ganglions sont enlevés, ce qui oblige à une dizaine de ligatures. Légère suppuration à la partie antérieure de la suture gauche. Guérison complète le 27 mai 1907.

Le malade était sans récidive en décembre 1910.

Observation VI

(Due à M. le professeur Soubeyran)

(Communication de L. Devèze au *Montpellier Médical*, 13 janvier 1905)

Epithélioma de l'urètre et du gland

P., âgé de 50 ans, cultivateur, entre à la salle Bouisson le 11 mai 1904.

Il n'a pas uriné, dit-il, depuis deux jours ; vessie à l'ombilic ; facies terreux ; pouls 120, température 39°.

Antécédents. — Blennorragie à 20 ans, non soignée. La gêne de la miction a débuté il y a 6 ans, aggravée par une nouvelle atteinte de gonococcie datant de 6 mois. Si bien que, peu à peu, le malade en est arrivé à pisser goutte à goutte. On avait donc affaire à une

rétention d'urine chez un rétréci., Une fine bougie ne passe pas, l'urètre dur et scléreux roule sous le doigt. On vide la vessie par une ponction hypogastrique en démontrant au malade la nécessité d'une urétrotomie externe pour le lendemain.

Le lendemain 12 mai, le malade refuse l'intervention ; la distention vésicale est telle qu'une deuxième ponction est pratiquée. Nouvelle ponction le soir ; le malade sidéré par la crainte d'une opération quitte l'hôpital. Trois jours après, 15 mai, il rentre n'ayant pas uriné, et l'on remarque dans la région périnéale une tumeur grosse comme un œuf de dinde. Une incision pratiquée sur la tumeur évacue deux verres à Bordeaux de pus fétide, et permet à la vessie de se vider.

Le 16 mai, urétrotomie externe, sonde à demeure que le malade enlève le 19. La dilatation est commencée le 20, mais le rétrécissement s'est reformé, le béniqué n° 42 ne passe plus. Une deuxième urétrotomie externe ne donne pas plus de résultat et l'on pense à un épithélioma.

5 août. — L'existence d'un épithélioma est démontrée par l'apparition entre les lèvres du méat d'un bourgeon rouge, saignant, gros comme un pois-chiche. Dans les deux aines, ganglions durs et gros comme une cerise. Le méat n'est plus perméable, et toute l'urine passe par le périnée. On propose l'amputation de la verge.

L'opération est pratiquée le 5 août par M. le professeur Soubeyran, qui fait subir à ce malade l'amputation des chirurgiens de Montpellier. On introduit une sonde en gomme dans l'urètre, le pénis est sectionné ras du pubis. L'hémorragie consécutive à la section des corps caverneux est arrivée par un surjet au catgut. Section du scrotum, et suture séparée des deux parties. Le 1er septembre, la sonde est enlevée ; le 10 octobre, le malade sort guéri.

Examen macroscopique. — L'urètre dans toute sa portion balaniqué a complètement disparu. Il est remplacé par une masse bourgeonnante de tissu blanchâtre occupant toute la lumière du canal, et envahissant le gland jusqu'à 2 ou 3 millimètres de la muqueuse qui a conservé son intégrité.

Examen microscopique. — Prolifération épithéliale du type malpighien à globes épidermiques développée dans une prolifération conjonctive à type embryonnaire très intense.

M. Soubeyran fait remarquer à ce propos que le gland est

envahi en bloc, et détruit par la néoplasie. L'urètre est détruit. On peut se demander si le début du néoplasme est urétral ou glandulaire.

La rareté du cancer de l'urètre, l'absence d'hématurie chez ce malade, l'envahissement en bloc du gland sont en faveur du cancer de cet organe avec destruction secondaire de l'urètre, destruction rare, puisque Demarquay ne l'a rencontrée qu'une seule fois sur 67 cas.

M. Tédenat fait remarquer que cette opération, pratiquée sur un sujet ayant les testicules et le scrotum encore intacts, est supérieure à l'émasculation totale qui prive l'organisme d'une sécrétion utile.

Observation VII

(Due à M. le professeur Soubeyran)

T., 35 ans, lieutenant d'infanterie, opéré le 8 juillet 1905. Le début de la maladie remonte à quatre ans auparavant, époque à laquelle le malade vit apparaître sur le gland des végétations d'aspect douteux. Il fut examiné à cette époque par M. le professeur Brousse, qui l'avait déjà soigné pour syphilis. Il est traité à l'hôpital par les rayons X sans aucun résultat d'ailleurs. L'examen histologique, pratiqué par M. le professeur Bosc, démontre que l'on est en présence d'un épithélioma. La marche de cet épithélioma est progressive et plusieurs chirurgiens militaires avaient refusé de l'opérer.

Au moment où ce malade vient trouver M. Soubeyran, il présente un gland ulcéré, sanieux, dégageant une odeur épouvantable. Le prépuce est infiltré, rigide, prépuce de carton. La verge est doublée de volume, la tuméfaction arrive à un travers de doigt du pubis. Les testicules et les bourses sont intacts. Dans les deux aines, ganglions durs, gros comme une amande et enflammés. Le malade finit par accepter l'intervention qui est pratiquée par

MM. Tédenat et Soubeyran à la maison de santé de M. Tédenat. La verge est amputée ras du pubis. Les bourses sont laissées intactes ainsi que les ganglions.

Le malade est revu en 1907 et 1908. Il se porte très bien, et dit qu'il peut arriver à pratiquer le coït avec son bout urétral.

Il est encore revu en 1911 et dit que sa santé est parfaite.

Observation VIII

(Due à M. le professeur Soubeyran)

Cancer du pénis très avancé. — Récicive avec ganglions ulcérés. Emasculation totale.

B... Joseph, âgé de 43 ans, habitant Narbonne, entre à l'hôpital le 1er septembre 1908.

Antécédents.— A eu une fièvre typhoïde à 15 ans, et était porteur d'un phimosis. La maladie a débuté il y a 2 ans par un écoulement de pus par l'orifice préputial rétréci. Puis, il y a 6 mois le malade a constaté un écoulement sanguin urétral. En juillet 1908, on ampute la moitié de la verge à Narbonne. Le mal reparaît aussitôt.

Au moment de son entrée à l'hôpital Suburbain de Montpellier, B... nous présente un moignon de verge végétant et bourgeonnant. Le scrotum est rouge, enflammé, les ganglions inguinaux sont très gros et fistulisés.

M. le professeur Soubeyran l'opère le 5 septembre 1908. Emasculation totale et évidement des aines.

Le malade sort le 2 octobre, guéri et urinant bien. Nous avons appris que 4 mois après le mal avait récidivé.

Observation IX

(Due à M. le professeur Soubeyran)

Epithélioma du prépuce.

X..., facteur, 40 ans, entre à l'hôpital Suburbain en octobre 1909. La maladie a débuté il y a 8 mois. Au moment de son entrée le pré-

puce de cet homme, prépuce qui est d'ailleurs très long, est envahi par une série de végétations dures et d'ulcérations. D'ailleurs le gland est intact, la peau du pénis normale, et les corps caverneux ne présentent aucune espèce d'induration.

Le 18 octobre 1909, M. Soubeyran enlève le prépuce : on constate encore une fois que le gland est indemne. Le malade sort de l'hôpital après une guérison rapide, et n'a plus été revu.

Observation X

(Due à l'obligeance de M. le professeur Gilis)

En 1887, M. X..., habitant une ville voisine de Montpellier, vint trouver M. Gilis pour une ulcération qui avait déjà fait disparaître les trois quarts du gland. Le diagnostic d'épithélium de la verge est porté, et l'opération est décidée après une consultation avec le professeur Paulet. Il n'y avait pas de ganglions dans l'aine. M. Gilis pratique une amputation partielle de la verge, suivant le procédé de Demarquay. Les suites opératoires furent normales, si ce n'est qu'il survint une hémorragie post-opératoire très abondante due à la bulbo-urétrale. Le malade est encore en vie, 23 ans après l'opération, et a avoué à M. Gilis que quelque temps après l'opération, il pouvait pratiquer le coït comme par le passé.

CONCLUSIONS

1° Le cancer de la verge est le plus souvent un épithélionna à marche assez lente, plus rapide cependant que le cancer de la face, auxquel quelques auteurs l'ont comparé; il a sur lui l'avantage de siéger sur des parties proéminant sur le plan du corps et plus accessibles au bistouri.

2° Comme dans tous les cas de cancer, la guérison est dans un diagnostic précoce qui permettra au chirurgien d'enlever radicalement la tumeur sans faire subir au malade des mutilations excessives qui ne sont point sans conséquences fâcheuses pour l'état général du sujet.

3° A ne considérer que les statistiques de Demarquay, Ribeira y Sans, Barney, Culty, et les cas que nous rapportons ici, il semble que la récidive après l'opération soit moins fréquente dans le cancer du pénis que dans les autres cas de cancer.

4° Quand le scrotum sera pris sur une trop vaste étendue pour qu'on puisse refaire les bourses, quand le testicule sera adhérent à la peau et infiltré lui-même, et quand le chirurgien trouvera des noyaux dans le trajet inguinal, il pratiquera l'émasculation totale. Dans tous les autres cas, tout en faisant une ablation large de la tumeur, il respectera des glandes dont la sécrétion interne est nécessaire au malade.

BIBLIOGRAPHIE

Albertin. — Cancer du pénis et chaîne lymphatico-ganglionnaire secondaire (Bull. de la Soc. de chirurgie de Lyon, 19 juin 1902).

Annandale.— Succesful removal of the testiches, scrotum, penis and suprapubiskin for epithelial cancer (The Lancet, London, 1874).

Auvray et Pascal. — Epithéliome du fourreau de la verge, conservation du gland et des corps caverneux (Bull. Soc. anat. de Paris, juin 1899).

Bichat. — Emasculation totale pour cancer de la verge (Revue médicale de l'Est, Nancy, 1904, p. 482).

Bouisson. — Tribut à la chirurgie, 1861 (Gazette médicale, 1860).

Butrulle.— Epithélioma de la verge (Écho médical du Nord, Lille, 1905, p. 139).

Cabadé. — Gazette des hôpitaux, 1878.

Carbonnell. — De l'émasculation totale et de ses indications dans le traitement du cancer de la verge (Thèse de Montpellier, 1896).

Carlier. — Volumineuse masse ganglionnaire ulcérée de l'aine due à un épithélioma du pénis (Echo médical du Nord, Lille, 1905, p. 318).

Chalot. — Congrès de chirurgie de Lyon, 1894. Amputation de la verge et émasculation totale (Traité élémentaire de chirurgie et de médecine opératoire).

Damond. — De l'épithélioma du pénis et de son ablation. Nouvelle méthode d'amputation (Thèse de Bordeaux, 1898).

Demarquay. — Maladies chirurgicales du pénis (Paris, 1877).

Dubourd. — Contribution à l'étude du cancroïde du pénis (Montpellier, 1884).

Ducos. — Contribution à l'étude de l'épithélioma sébacé du pénis (Thèse de Lyon, novembre 1904).

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, t. VII, 1899.

Englisch. — Das Peniscarcinom (Allgemeine Wiener medizinische Zeitung, 1902, p. 163; Wiener medizinische Wochenschrift, 1902, n° 50 à 52).

Félix. — Recherche sur l'excision des organes génitaux externes chez l'homme (Thèse Lyon, 1883).

Garnier. — Du cancer de la verge et de son traitement par le bistouri (Thèse de Paris, 1894).

Girard. — Epithélioma de la verge. Amputation (Montpellier médical, 1905, p. 19 à 22).

Hamonic. — Le cancer du pénis (Revue clinique d'andrologie et de gynécologie).

Hermans et Leclerc-Dandoy. — Compte rendu de la Société belge d'urologie, février 1904 (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1905, p. 542).

Hutchinson (J.). — A clinical lecture on epithelioma of the penis and its treatment (The Lancet, London, 1899, p. 1075) ; the test form. of operation for epithelioma of the penis (Clin. J. London, 1902, p. 155).

Jonnesco. — Emasculation avec évidement du pelvis et des régions inguinales par cancer du pénis (Bulletin et mémoire de la Société de chirurgie de Bucarest, 14 janvier 1901, p. 200).

Kalliontzis.— Sur un nouveau procédé opératoire de l'amputation partielle du pénis à lambeaux latéraux caverno-cutanés (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1906, p. 533 à 536).

Kutiner. — Penis carcinome (Beiträge zur klin. Chirurg., 1900).

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. IX, 1900, p. 777 à 784 (fait par Félix Legueu.)

Legueu. — Emasculation totale (Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1897).

Lisfranc. — Clinique chirurgicale de la Pitié, 1841).

Loumeau. — Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, 1903.

Lecène. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1906).

Mercanton.— Réunion annuelle de la Société médicale de la Suisse romande, octobre 1892.

Mauclaire. — Archives générales de chirurgie, 1908.

Métreau. — Du pronostic du cancer de la verge (Thèse de Bordeaux, 1899).

Morestin. — Bulletin et mémoire de la Société anatomique de Paris. Cancer du pénis, 12 juillet 1901 ; deux cas de cancer du pénis, 1903, p. 387 à 390 ; cancer de la verge, 1903, p. 517 à 519 ; cinq cas de cancer de la verge, 1905, p. 842 à 854.

Morisani. — Sull' enucleazione della sfera externa degli organi genitati maschili (Giorn. intern. del scienze medisch., Napoli, 1892).

Moussaron. — De l'émasculation totale. Indication technique, résultats (Thèse Toulouse, 1905).

Oraison. — Cancer de la verge datant de 15 ans. Extirpation totale, guérison opérat., mort accidentelle 1 mois 1/2 après (Gaz. hebdom. des sciences médic. de Bordeaux, 1903, p. 53 à 57).

Paci.—Asportazione totale della verga et dei testiculi con un nuova processo operativo (Giorn. int. del scienze medisch. Napoli, 1880).

Pantaloni. — 3 cas d'émasculation totale pour cancer de la verge (Arch. provinciales de chirurgie, 1898).

Péan. — Leçons de clinique chirurgicale, t. VIII, 1887.

Pellanda. — Epithélioma de la verge ; émasculation totale (Lyon médical, 1903, p. 171).

Pétouraud. — Epithélioma du pénis. Emasculation (Lyon médical, 1895).

Picqué. — Epithélioma du pénis (Bull. Soc. anat., Paris, 1902, p. 159).

— Epithélioma du gland (Bull. Soc. anat., Paris, 1902, p. 177).

Poncet.—Enorme épithélioma sébacé du pénis (Lyon médical, 1909, p. 76).

Reynes (Henri). — Nouvelle opération d'amputation totale de la verge (XXIII[e] Congrès franç. de chirur., Bruxelles, 1908).

Riche (V.). — Cancer du pénis. Emasculation totale (Bull. Soc. anat , Paris, 1906).

Rivet (A.). — Epithélioma du pénis et des bourses. Emasculation totale (Gaz. méd. de Nantes, 1905, p. 293).

Robert.— Sur un cas d'épithélioma de la verge (Journ. de méd. de Bordeaux).

Saling. — Zwei Falle von Emasculation wegen Carcinoma penis (Thèse de Greifswald, 1898).

Schneider. — Drei Falle von Carcinoma penis (Th. de Greifswald, 1890).

Serra. — Contribution à l'étude de l'épithélioma de la verge et de son traitement spécialement par l'émasculation totale (Thèse de Nancy, juillet 1903).

Tagtmeyer H.-T.). — Ein Beitrag zur Leher vom Peniscarcinom (Thèse de Gettinguen, 1904).

VARIOT. — Amputation complète de la verge avec conservation de la puissance génitale et fécondation (Bull. Soc. Anthrop. 1892, 2e fasc., p. 120).

VEYRAT. — Epithélioma de la verge (Journ. des Sciences méd. de Lille, 23 juin 1906).

VERGOZ. — Contribution à l'étude de l'amputation de la verge.

VILLA. — Considération de l'épithélioma de la verge et son traitement chirurgical (Thèse de Montpellier, 1901).

VILLIES. — Essai de cancroïde de la verge (Thèse de Paris, 1873).

VIRELY. — Contribution à l'étude du cancer de la verge (Thèse de Paris, 1896).

WISHOW. — Three cases of amputation for epithelioma ot the penis (Journal of cort. genit.-urin. dis , 1895, n° 12).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 19 juillet 1911.

Le Recteur,
Ant. BENOIST.

VU ET APPROUVÉ :
Montpellier, le 19 juillet 1911.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!